

腎臓移植希望登録依頼書				
患者記入欄	ふりがな			
	患者氏名		生年月日 大・昭・平 年 月 日	
	ふりがな			
	患者住所	〒 電話 ()		
	家族等	住所	ふりがな 〒 電話 ()	
	緊急連絡先	氏名	ふりがな	
透析医記入欄	ふりがな			
	施設所在地	〒 電話 ()		
	ふりがな	ふりがな		
	透析施設名	主治医		
	原疾患	疾患名		
	血液型	A B O型 ()	R h型 ()	※該当する場合は○ 先行的献腎移植希望
	透析歴	開始年月日	年 月 日	週 回透析
既往歴	1 _____	2 _____	3 _____	
合併症	1 _____	2 _____	3 _____	